



DISABILITY REPORT / تقرير حالة الإعاقة

قرار حالة إعاقة طبية

DSHS 14-144A

يستخدم نموذج تقرير حالة الإعاقة، DSHS 14-144A، في تجميع معلومات عن حالة إعاقة العميل، والأدلة الطبية والتاريخ الوظيفي لاستخدامها شعبة تحديد الإعاقة (Division of Disability Determination: DDDS) في سياق تحديد حالة الإعاقة الطبية.

يباشر الأخصائي الاجتماعي المسؤول بفتح عملية ملء نموذج 14-144A DSHS. ينبغي على الأخصائي الاجتماعي التأكيد من كتابة اسم العامل واسم مكتب خدمة المجتمع (Community Service Office: CSO) ورقم الهاتف على النموذج. ووضع علامة في المربع الملائم ليشير إلى أن طلب قرار حالة الإعاقة هو لمساعدة طبية غير متعلقة بمنحة (Non-Grant Medical Assistance: NGMA) أو لرعاية صحية لعاملين يعانون من إعاقات (Healthcare for Workers with Disabilities: HWD). يضاف النموذج بعد إكماله إلى مجموعة قرار حالة الإعاقة.

1. على الأخصائي الاجتماعي إكمال المعلومات المطلوبة في رأسية النموذج لبيان الاسم ورقم الضمان الاجتماعي (SSN)، و حالة إعاقة العميل.
2. يجوز للعامل الاجتماعي مساعدة العميل في ملء الجزء 1 – معلومات عن حالتك. ليس من الضروري أن تذكر التواريخ بالضبط عند يوم حدوثها، ولكن ينبغي أن تعكس الشهر والسنة بصورة صحيحة.
3. يجوز للعامل الاجتماعي مساعدة العميل في ملء الجزء 2 – معلومات عن سجلاتك الطبية. من المهم جداً تحديد أسماء الأطباء ومصادر العلاج بأكمل وجه ممكن.
4. يجوز للعامل الاجتماعي مساعدة العميل في ملء الجزء 3 – معلومات عن نشاطاتك. ينبغي على الأخصائي الاجتماعي مراجعة المعلومات للتأكد أن القيد على إمكانيات العميل محددة بكل وضوح.
5. يجوز للعامل الاجتماعي مساعدة العميل في ملء الجزء 4 – معلومات عن مستوى التعليم. ينبغي ذكر أن كانت الصنوف المدرسية صفوّاً تعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة.
6. يجوز للعامل الاجتماعي مساعدة العميل في ملء الجزء 5 – معلومات عن الأعمال التي قمت بها. ينبغي عدم ذكر أسماء أصحاب العمل، بل ذكر طبيعة ونوع العمل فقط.
7. يجوز للعامل الاجتماعي مساعدة العميل في ملء البند 1 في الجزء 6 – ملاحظات. يجب على الأخصائي الاجتماعي ملء البند 2 إلى البند 6.



DISABILITY REPORT /

قرار حالة إعاقة طبية

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | طلب لأجل: |
| <input type="checkbox"/> | مساعدة طبية غير متعلقة بمنحة |
| <input type="checkbox"/> | (NGMA) |
| <input type="checkbox"/> | رعاية صحية لعاملين يعانون من |
| <input type="checkbox"/> | إعاقات (HWD) |

يقوم الأخصائي الاجتماعي بمليء هذا النموذج خلال المقابلة مع صاحب الطلب أو ممثل صاحب الطلب. يرجى الكتابة بحروف كبيرة، أو الطباعة على الآلة الكاتبة أو الكتابة بوضوح والإجابة على جميع البنود قبل استطاعتك. أجب على جميع الأسئلة. تساعد الإجابة بشكل كامل على معالجة مطالبتك. إن كانت تلزمك مساحة أكبر للإجابة على أي من أسئلة هذا النموذج، فاذهب إلى الجزء 6 أو أرفق طيه صفحات إضافية.

1. اسم صاحب الطلب	2. رقم الضمان الاجتماعي	3. رقم الهاتف (بما فيه كود المنطقة)
.....

4. ما هي حالة إعاقتك؟ وضح بإيجاز الإصابة أو المرض الذي يمنعك عن العمل.

الجزء 1: معلومات عن حالتك

السنة	اليوم	الشهر	في أي تاريخ بدأت حالتك تصابيك لأول مرة؟
.....
12. هل اشتعلت بعد التاريخ المبين في البند 1 أعلاه؟ إن كان جوابك لا، فاذهب إلى 3أ و 3ب أدناه.			
2ب. إذا أجبت نعم على السؤال 12، هل سبّبت لك حالتك أن تغير: وظيفتك أو واجبات وظيفتك؟ ساعات عملك؟ دوامك؟ أي شيء آخر متعلق بعملك؟ 2ج. إذا أجبت نعم على أي بند في 2ب، فوضح ماذا كانت التغييرات في ظروف عملك، وتاريخ حدوثها، وما الدور الذي لعبته حالتك في جعل هذه التغييرات ضرورية.			

3أ. متى ألمت حالتك أخيراً بالتوقف عن العمل

3ب. إشرح كيف تمنعك حالتك الآن من العمل:

الجزء 2: معلومات عن سجلاتك الطبية

ضع علامة هنا إن لم يكن لصاحب الطبيب	1. أدرج المعلومات التالية عن الطبيب الذي يحوزه أحدث السجلات الطبية عن حالة إعاقتك:
<input type="checkbox"/>	اسم الطبيب
ما مدى تكرار زيارتك لهذا الطبيب؟	3. رقم الهاتف (بما فيه كود المنطقة)
تاريخ أول مرة رأيت فيها هذا الطبيب	العنوان
تاريخ آخر مرة قمت فيها بزيارة هذا الطبيب	المرض أو الإصابة الذي خضعت بسببه للفحص أو العلاج
نوع المعالجة أو المداواة التي تلقيتها (مثلا: جراحة، علاج كيميائي، أشعة، والأدوية التي تتناولها لمرضك أو إصابتك، إن كنت تعرفها. إن لم يتطلب الأمر أي علاج أو دواء، فاكتب لا يوجد).	

2. هل رأيت أي طبيب آخر منذ بداية حالة الإعاقة التي تعانيها؟

ما مدى تكرار زيارتك لهذا الطبيب؟	3. رقم الهاتف (بما فيه كود المنطقة)
تاريخ أول مرة قمت فيها بزيارة هذا الطبيب	العنوان
تاريخ آخر مرة رأيت فيها هذا الطبيب	المرض أو الإصابة الذي خضعت بسببه للفحص أو العلاج
نوع المعالجة أو المداواة التي تلقيتها (مثلا: جراحة، علاج كيميائي، أشعة، والأدوية التي تتناولها لمرضك أو إصابتك، إن كنت تعرفها. إن لم يتطلب الأمر أي علاج أو دواء، فاكتب لا يوجد).	

إذا قمت بزيارة أطباء آخرين منذ إصابتك بهذا المرض أو الإصابة، فارفق طيه صفحات إضافية بالمعلومات أعلاه.

الجزء 2: معلومات عن سجلاتك الطبية (تابع)

3. هل تم إدخالك إلى مستشفى أو معالجتك في مستوصف بسبب حالة إعاقتك؟ نعم لا إن كان جوابك نعم، فاجب على التالي:

العنوان	اسم المستشفى أو المستوصف
	رقم المريض أو المستوصف
هل تداویت كمريض خارجي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان جوابك نعم، فماذا كانت تواریخ زیاراتك؟	هل كنت مريضاً داخلياً (قضيت ليلة واحدة على الأقل)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان جوابك نعم، فاجب على التالي:
	رقم المريض أو المستوصف
	رقم المريض أو المستوصف

المرض أو الإصابة الذي خضعت بسببه للشخص أو العلاج

نوع المعالجة أو المداواة التي تلقيتها (مثلا: جراحة، علاج كيماوي، أشعة، والأدوية التي تتناولها لمرضك أو إصابتك، إن كنت تعرفها. إن لم يتطلب الأمر أي علاج أو دواء، فاكتب لا يوجد).

4. إذا كان قد تم إدخالك إلى مستشفى أو معالجتك في مستوصف بسبب مرضك أو إصابتك فأجب على التالي:

العنوان	اسم المستشفى أو المستوصف
	رقم المريض أو المستوصف
هل تداویت كمريض خارجي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان جوابك نعم، فما كانت تواریخ زیاراتك؟	هل كنت مريضاً داخلياً (قضيت ليلة واحدة على الأقل)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان جوابك نعم، فاجب على التالي:
	رقم المريض أو المستوصف
	رقم المريض أو المستوصف

المرض أو الإصابة الذي خضعت بسببه للشخص أو العلاج

نوع المعالجة أو المداواة التي تلقيتها (مثلا: جراحة، علاج كيماوي، أشعة، والأدوية التي تتناولها لمرضك أو إصابتك، إن كنت تعرفها. إن لم يتطلب الأمر أي علاج أو دواء، فاكتب لا يوجد).

إذا سبق لك وتعالجت في مستشفيات أو مستوصفات أخرى لمرضك أو إصابتك، فادرج الأسماء، والعناوين، ورقم المريض أو المستوصف، والتواریخ والأسباب في الجزء 6 أو أرفق طيـه صفحات إضافـية.

5. هل أجريت أي من الاختبارات التالية خلال السنة الماضية؟ ضع علامة في المربع الملاكم أدناه، وإن كان جوابك "نعم"، فاعط معلومات عن مكان وזמן أخذك للاختبار.

موعد اجرائه	مكان اجرائه	٧	نعم	الاختبار
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تخطيط القلب
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصوير الصدر بالأشعة السينية
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصوير بالأشعة السينية لغير ذلك (حدد النوع)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختبارات التنفس
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختبارات الدم
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير ذلك (حدد):

6. إن كان لديك بطاقة مديكيد (Medicaid)، فما هو رقمك:

الجزء 3: معلومات عن نشاطاتك

1. هل طلب منك طبيبك أن تقلل من نشاطاتك أو تحد منها بأي شكل؟ نعم لا إن كان جوابك نعم، فاكتب اسم الطبيب أدناه وماذا أخبرك الطبيب / الطبيبة عن تقليل نشاطاتك أو الحد منها؟

الجزء 3: معلومات عن نشاطاتك (تابع)

2. صفت نشاطاتك اليومية في المجالات التالية وحدد ماهية وقدر كل نشاط ومدى تكرارك له.

 - **الأعمال المنزلية** (بما فيه الطبخ، والتنظيف، والتبييض، والأعمال المترفرقة حول البيت)

- ٤٠ نشاطات و هوایات ترفيهية (فنص، صيد، لعب البولينغ، التزلج مشياً على الأقدام، آلات موسيقية، إلخ...)

- #### • اتصالات اجتماعية (زيارة الأصدقاء والأقارب والجيران)

- غير ذلك (قيادة سيارة، دراجة نارية، ركوب الحافلة، الخ....)

الجزء 4: معلومات عن مستواك التعليمي

- ما هو آخر صفت دراسي أكملته؟ _____ في أي سنة كان ذلك؟ _____
هل ذهبت إلى مدرسة مهنية أو حرافية أو لديك أي نوع من التدريب الخاص؟ لا نعم
إن كان جوابك نعم، فلأجب على التالي.

التواريХ التقریبیة التي داومت فيها

نوع المدرسة المهيمنة أو المعرفة أو البرنامجه التربوي

كيف استخدمت هذه الدراسة أو التدريب في أي عمل قمت به؟

الجزء 5: معلومات عن الأعمال التي قمت بها

1. أدرج جميع الوظائف التي عملت فيها خلال الـ 15 سنة الماضية قبل أن تتوقف عن العمل، ابتداءً بعملك المعتمد. وهذا يعني نوع العمل الذي قمت به لأطول مدة. إن كان مستواك معندي للصف السادس أو أقل، وعملت في أشغال تقتيله لا تتطلب إلى مهارة خاصة لمدة 35 سنة أو أكثر، فأدرج جميع الوظائف التي عملت بها منذ ابتداءك العمل. إن كانت تلزمك مساحة أكبر، ففيمكنك إرفاق صفحات إضافية أو استخدام الجزء 6.

اسم الوظيفة	نوع العمل	من	إلى	أيام العمل في الأسبوع	معدل الأجر (على أساس الساعية، يومي، أسبوعي، شهري، أو سنوي)

- ١٧ في عملك المعتاد المدرج أعلاه، هل:

كنت تستخدم أي نوع من الآليات، أو الأدوات، أو المعدات؟.....

كنت تستخدم معرفة أو مهارات تقنية؟.....

كنت تقوم بكتابة وإكمال التقارير أو أداء واجبات مشابهة لذلك؟.....

توليت مسؤوليات أشرافية؟.....

- 2ب. إشرح جميع الأسئلة التي أجبت عليها بنعم مع إعطاء وصف كامل لجميع أنواع الآليات أو الأدوات أو المعدات التي استخدمتها ونوع العمليات التي قمت بادائها بالضبط، والمعارف أو المهارات التقنية المطلوبة لها؛ ونوع الكتابة التي أتيتها، وطبيعة أي تقارير قمت بها؛ وعدد الناس الذين أشرفت عليهم والتي أتيت بها.

الجزء 5: معلومات عن الأعمال التي قمت بها (تابع)

2ج. صنف نوع وقدر الجهد الجسدي الذي يتطلبه عملك المعتاد خلال يوم نموذجي يوضع علامة أدنى أمام الجواب الأفضل.

كم ساعة في اليوم: تمشي؟ 8 7 6 5 4 3 2 1 0
تنفف؟ 8 7 6 5 4 3 2 1 0
تجلس؟ 8 7 6 5 4 3 2 1 0

كم مرة في اليوم: تحنى ظهرك؟ دانينا كثیراً أحياناً لا أفعل ذلك أبداً
تمد يديك؟ دانينا كثیراً أحياناً لا أفعل ذلك أبداً

الرفع والحمل: صنف الأشياء التي كنت ترفعها والتي أي مسافة تحملها.

ما كان أثقل حمل رفعته؟ 10 باوند 20 باوند 50 باوند 100 باوند أكثر من 100 باوند
ما هو الوزن الذي كنت ترفعه أو تحمله كثيراً؟ لغاية 10 باوند لغاية 25 باوند لغاية 50 باوند أكثر من 50 باوند

الجزء 6: ملاحظات

1. استخدم هذا القسم كمساحة إضافية للإجابة على أي من الأسئلة السابقة. كما يمكنك استخدام هذه المساحة لإعطاء أي معلومات إضافية ترى أنها مفيدة للتوصيل إلى قرار في مطالبتك الخاصة بالإعاقة (مثل معلومات عن أمراض أو إصابات أخرى لم تدرجها سابقاً).

يكمل هذا القسم بواسطة الأخصائي الاجتماعي

2. هل يتكلم صاحب الطلب اللغة الإنجليزية؟ إن كان الجواب لا، فما هي اللغة التي يتكلمها أو تتكلموا: نعم
3. هل يتطلب صاحب الطلب مساعدة في معالجة مطالبته أو مطالبتها؟
إن كان الجواب نعم، فاذكر اسم الشخص المستعد لمساعدة صاحب الطلب وصلة قرابته ورقم الهاتف الخاص به.

4. هل يمكن الاتصال الهاتفي بصاحب الطلب (أو ممثل صاحب الطلب) بسهولة دون مصاعب في التواصل بسبب اللغة أو النطق أو السمع؟

5. ضع علامة أمام أي من الصعوبات أدناه التي لاحظتها أثناء مقابلة صاحب الطلب، إن وجدت.
 القراءة الكتابة الإجابة على الأسئلة
 السمع التنسق استخدام اليدين
 الجلوس الفهم غير ذلك (حدد)
 المشي النظر

إن قمت بتعليم أي من الأشياء أعلاه، فصنف بالضبط نوع الصعوبة:

6. صنف صاحب الطلب بشكل كامل (مثلا: القامة، الطول، الوزن، السلوك، أية صعوبات قد تضيف إلى الأشياء المذكورة أعلاه أو تكملها):

اسم الأخصائي الاجتماعي (ابطع على الله كاتبة أو اكتب بحروف كبيرة واضحة)	التاريخ	توقيع الأخصائي الاجتماعي
مكتب خدمة المجتمع		رقم هاق الأخصائي الاجتماعي (بما فيه كود المنطقة)